Pour la vie !

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2015

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 1 888 CORONER (267-6637)
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016
Dépôt légal — Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN (version imprimée): 978-2-550-75341-4
ISBN (version pdf) : 978-2-550-75386-5
ISSN (version imprimée): 1913-245X
ISSN (version pdf): 1913-2468

© Gouvernement du Québec, 2016

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec

Pour la vie !

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2015.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre des Affaires municipales
et de l'Occupation du territoire,
ministre de la Sécurité publique
et ministre responsable de la région de Montréal,

ORIGINAL SIGNÉ
Martin Coiteux
Québec, mars 2016

Pour la vie !

Pour la vie !

Monsieur Martin Coiteux
Ministre des Affaires municipales
et de l'Occupation du territoire,
ministre de la Sécurité publique
et ministre responsable de la région de Montréal
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2015, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 2 février 2016.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ
La coroner en chef
Me Catherine Rudel-Tessier
Québec, mars 2016

Pour la vie !

Pour la vie !

TABLE DES MATIÈRES

LES INVESTIGATIONS 9

Les décès signalés aux coroners 9

Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 10

Les délais moyens en mois pour les investigations terminées en 2015, selon la catégorie d'investigation 11

Les autopsies et les examens de laboratoire 12

Quelques rapports d'investigation déposés en 2015 13

LES ENQUÊTES 19

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 19

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2015 20

Les rapports d'enquête déposés en 2015 20

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT 23

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC 25

Pour la vie !

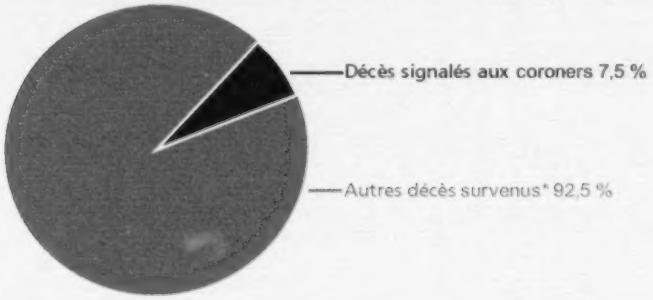
Pour la vie !

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

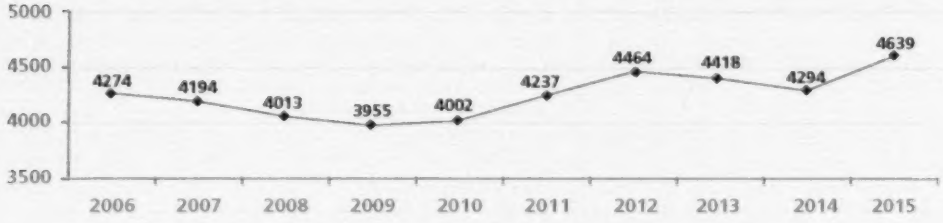
En 2015, 4639 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,5 % de tous les décès survenus au Québec en 2015. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (92,2 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2015 sur l'ensemble des décès survenus au Québec



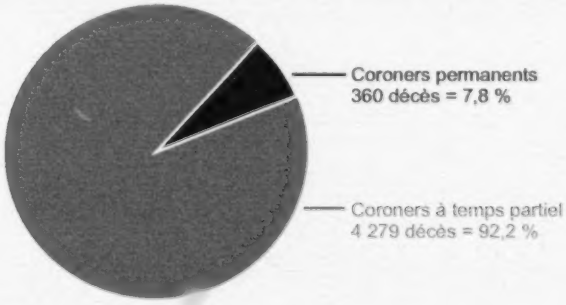
*Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2012 à 2014.

Évolution des décès signalés aux coroners de 2006 à 2015*



*Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents et les coroners à temps partiel en 2015



Pour la vie!

Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe la coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2015. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence représentent la plus grande part (59,2 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (26,2 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (11,8 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2015

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence	2746	59,2
Causes médicales indéterminées	1217	26,2
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	548	11,8
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	16	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	112	2,4
Total des décès signalés	**4639**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

En avril 2014, le Protecteur du citoyen a déposé un rapport concernant les délais d'investigation des coroners. Il rapportait qu'en 2012, le délai moyen de réalisation des investigations était de 12,2 mois.

Les dossiers terminés en 2015

Comme le signalait le Protecteur du citoyen, les délais de production des rapports sont attribuables à plusieurs facteurs, notamment les délais de production des rapports finaux d'expertises des partenaires et les délais d'obtention des rapports policiers et des dossiers médicaux.

Pour donner suite au rapport du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a mis en place, en 2014, des mesures afin d'assurer la surveillance et l'encadrement des délais de production des rapports d'investigation. À l'instar du Protecteur du citoyen, le Bureau du coroner a retenu le délai moyen pondéré en fonction du nombre de dossiers d'investigation comme indicateur de suivi; les analyses excluent donc les entrées et les sorties de corps.

Ainsi, le Bureau du coroner a constaté qu'en 2013, le délai moyen de production des rapports d'investigation se situait à environ 12,5 mois, à environ 13,3 mois en 2014 et à 11,7 mois en 2015.

Pour 2015, le nombre de dossiers terminés se situe à 4 248 dossiers soit une augmentation de 15 % par rapport à 2013. De plus, comme l'indique le tableau suivant, la pratique d'une autopsie ou d'une autre expertise contribue grandement à augmenter le délai de production d'un rapport. En effet, une investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des analyses toxicologiques ou d'autres examens de laboratoire ou expertises particulières.

LES DÉLAIS MOYENS EN MOIS POUR LES INVESTIGATIONS TERMINÉES EN 2015, SELON LA CATÉGORIE D'INVESTIGATION

CATÉGORIE D'INVESTIGATION	2015 BUREAU DU CORONER	2014 BUREAU DU CORONER	2013 BUREAU DU CORONER	2012 PROTECTEUR DU CITOYEN
Sans autopsie ni autre expertise	10,4 mois	11,5 mois	10,4 mois	9,6 mois
Sans autopsie, avec autre expertise	10,8 mois	11,6 mois	11,1 mois	10,5 mois
Avec autopsie, sans autre expertise	15,3 mois	16,0 mois	13,0 mois	12,3 mois
Avec autopsie et autre expertise	13,2 mois	15,4 mois	15,0 mois	15,1 mois

Par ailleurs, le nombre de dossiers d'investigation en cours en 2015 est passé de 4567 en début d'année 2014 à 3315 en fin d'année 2015. Le temps moyen de traitement de ces dossiers a également diminué, passant de 11,6 mois en début d'année 2014 à 7,5 mois en fin d'année 2015.

À moins d'une hausse importante du nombre de décès signalés au coroner, cette baisse se traduira assurément par une réduction du délai de production des rapports d'investigation dans l'avenir.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Des autopsies ont été ordonnées pour 35,3 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1638 autopsies. Elles sont pratiquées dans des hôpitaux ou au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances d'un décès. Les données provisoires pour 2015 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour plus de la moitié des décès signalés. Elles sont réalisées soit au Centre de toxicologie du Québec (qui relève de l'Institut national de santé publique du Québec), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (4,1 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2015.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%*
Autopsie	1638	35,3
Toxicologie	2597	56,2
Autres expertises	192	4,1

*Les pourcentages sont calculés sur les 4639 décès signalés en 2015.

Pour la vie!

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2015

Accès aux auto-injecteurs d'adrénaline comme traitement antiallergique

Alors qu'il se trouve à l'école le midi, un jeune homme de 18 ans affirme qu'il a une réaction allergique et que sa gorge se bloque. Il perd rapidement connaissance. Les secours ambulanciers sont dépêchés sur les lieux et les manœuvres de réanimation sont entreprises. Le décès est constaté après un long arrêt cardiaque suivi d'une hospitalisation de quatre jours.

L'investigation du coroner met en lumière le fait que, bien que l'origine de la réaction allergique fatale soit incertaine, le jeune homme est allergique aux arachides et aux fruits de mer. Au fil des ans, comme ses allergies semblaient s'être atténuées, il n'a pas renouvelé sa prescription d'auto-injecteur. Selon le dossier médical, cette décision s'est prise après une discussion avec le pédiatre qu'il consultait.

Les personnes susceptibles d'avoir des réactions allergiques doivent s'assurer de se munir en tout temps d'un auto-injecteur, sans quoi elles s'exposent à des risques mortels. Ces dispositifs sont conçus pour être utilisés dès qu'une réaction allergique intense se manifeste. Le médicament augmente le rythme cardiaque et annule la réaction du corps à l'allergène. L'injection constitue un traitement-choc qui doit être rapidement suivi d'une intervention médicale.

Le coroner recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux de remplacer le mode de distribution des auto-injecteurs par une ordonnance collective qui permettrait aux pharmaciens de vendre le médicament sans que les personnes sujettes aux réactions allergiques aillent obligatoirement chez leur médecin et obligerait les assureurs à assumer la facture de près d'une centaine de dollars.

Suicide en centre jeunesse

Un adolescent de 16 ans décède d'un suicide par pendaison dans un centre jeunesse. Il a été admis dans ce centre trois ans plus tôt à la suite de deux signalements à la protection de la jeunesse.

Un suivi thérapeutique permet de constater que l'adolescent a un trouble d'identité sexuelle, de travestisme occasionnel, de conduite sexuelle erratique et d'une possible limite sur le plan intellectuel. Les éducateurs observent qu'il commence à poser des gestes autodestructeurs, a des comportements colériques, exhibitionnistes et se livre à du voyeurisme et à des gestes sexuels inappropriés à l'égard d'autres jeunes du centre.

À la suite de la survenance d'un suicide dans la même unité de vie, on observe que le jeune homme reproduit des comportements à caractère suicidaire. On décide donc de le placer dans une unité d'encadrement intensif. Dans les cinq mois précédant son décès, on maintient cet encadrement intensif en réévaluant la situation régulièrement. Dix jours avant son décès, les mesures du protocole de crise suicidaire sont levées. Cette décision est tout de même assortie de certaines interventions préconisées pour maintenir un contact régulier avec le jeune et éviter l'isolement. Il revoit son psychiatre et sa médication est ajustée.

Pour la vie!

L'avant-veille de son décès, des gestes de strangulations observés ne sont pas inscrits comme tels au rapport. On indique seulement qu'il fait une petite crise, qu'il se rebiffe contre les consignes reçues.

Le matin du jour de son décès, le jeune homme rencontre son psychologue avant la rencontre du comité de réévaluation pour le maintien ou non en encadrement intensif. Lors de cette rencontre, les membres du comité l'informent qu'il y sera maintenu. Après cette réunion, durant laquelle il a pleuré, il revient à sa chambre où une éducatrice le retrouve pendu 35 minutes plus tard.

Lors de son investigation, la coroner constate un manque criant de services dans la région en pédopsychiatrie et qu'il n'existe pas de lit d'hospitalisation pour ce type de soins. La clientèle ne bénéficie donc pas de ce dont elle a besoin en raison des capacités dépassées de l'organisation.

La coroner recommande au centre jeunesse :

- de favoriser l'actualisation du protocole suicidaire par une intervention directe avec les jeunes et les intervenants lors de la verbalisation d'idées suicidaires et par une mise à jour des connaissances du protocole suicidaire et des signes précurseurs d'intention suicidaire;

- de rappeler aux éducateurs de maintenir une vigilance accrue à l'égard du risque suicidaire y compris dans un contexte d'encadrement intensif ou dans les unités dites sécuritaires;

- de prévoir un processus d'accompagnement des jeunes à la suite de toute situation ou de tout moment critique en évitant l'isolement et en assurant une intervention immédiate et directe auprès du jeune;

- d'évaluer la possibilité d'héberger les jeunes en encadrement intensif dans une unité appropriée à leurs besoins en évitant une intégration avec une population régie par la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent.

La coroner recommande au centre intégré des services de santé et des services sociaux (CISSS) de la région :

- d'évaluer les besoins de la clientèle jeunesse sur le territoire pour des soins spécialisés et de prendre les mesures afin de les combler;

- de prendre aussi les moyens appropriés afin de combler le déficit de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie sur le territoire de la région. De plus, par la création de la nouvelle structure CISSS, de mieux coordonner les actions et les orientations cliniques entre les services jeunesse et la santé et d'établir les protocoles qui s'imposent à ce niveau;

- de prendre les mesures nécessaires afin de réduire les délais d'attente pour la population jeunesse en santé mentale.

Services offerts aux militaires éprouvant des difficultés à leur retour de missions à l'étranger

Un ex-militaire de 27 ans s'enlève la vie par pendaison dans un boisé, à Ragueneau.

À son retour à la vie civile, le jeune homme faisait déjà l'objet d'un suivi médical à la suite d'événements traumatisants survenus lors de son service actif en Afghanistan. Son entourage observait un changement de comportement.

Des soins psychiatriques lui sont prodigués allant même jusqu'à des périodes d'hospitalisation. Des problèmes personnels l'amènent à verbaliser des idéations suicidaires et à commettre des tentatives de passer à l'acte.

Il est trouvé pendu à un arbre dans les quelques heures qui suivent les démarches mises en place pour le retrouver à la suite de verbalisations suicidaires à une proche. Malgré les efforts de réanimation, son décès est constaté dans les heures suivant sa découverte.

Le coroner recommande au centre intégré de santé et de services sociaux de la localité de soumette ce dossier au comité de l'évaluation de l'acte médical afin qu'il procède à l'analyse des actes médicaux au regard des normes établies et que son analyse et ses recommandations, s'il y a lieu, soient transmises au comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, qui prendra les mesures nécessaires le cas échéant.

Il recommande aussi au ministère de la Défense nationale et aux Forces armées canadiennes d'analyser et d'étudier ce dossier eu égard à la problématique du suicide des membres ou ex-membres des Forces canadiennes de retour de missions à l'étranger en vue d'améliorer ou de parfaire les services qui leur sont offerts.

Détecteurs de fumée et de monoxyde de carbone

Cinq hommes périssent dans l'incendie d'un camp de chasse.

Il ressort de l'investigation du coroner que tous les occupants du camp de chasse sont décédés par asphyxie.

Cette construction, située en région éloignée, était munie d'un poêle à bois et d'une cuisinière au gaz. Selon des personnes ayant visité les installations quelques mois plus tôt, ces dernières étaient en bon état de fonctionnement.

Bien que le chalet ait été rasé par les flammes, ce qui rend impossible de déterminer l'origine de l'incendie, il apparaît qu'aucun détecteur de fumée ou de monoxyde de carbone n'y était installé.

Les statistiques recueillies par le coroner auprès de la Direction de la sécurité incendie du ministère de la Sécurité publique révèlent qu'au moins 1063 incendies dans des bâtiments à usage récréatif ou de villégiature au Québec ont eu lieu entre 2010 et 2014. Au cours de ces incendies, quatre personnes auraient perdu la vie et dix-huit auraient subi des blessures.

Comme les camps de chasse sont généralement situés dans des lieux éloignés et que le chauffage est souvent au bois ou au gaz, il devient essentiel d'informer adéquatement leurs propriétaires de l'importance d'installer un détecteur de fumée et de monoxyde de carbone.

Le coroner recommande à la Direction de la sécurité incendie du ministère de la Sécurité publique d'ajouter, dans la section du site Internet ministériel traitant des camps de chasse et chalets, de l'information destinée aux propriétaires.

Intoxications avec des timbres transdermiques d'opiacés

Un homme de 54 ans est retrouvé inanimé chez lui avec le devant du corps recouvert d'un grand nombre de timbres de Fentanyl. Les manœuvres de réanimation sont entreprises et la victime est transportée à l'urgence du centre hospitalier régional où son décès est constaté.

L'homme vivait seul, étant veuf depuis trois ans. Son dossier médical montre qu'il souffrait de douleurs chroniques. Son épouse était par ailleurs décédée d'un cancer dont les douleurs étaient soulagées par des timbres transdermiques d'opiacés. L'investigation révèle qu'il s'agit d'un geste suicidaire et que de toute évidence, l'homme avait gardé en sa possession de nombreux timbres de Fentanyl qu'il a utilisés pour mettre fin à ses jours.

Le coroner recommande à l'Ordre des pharmaciens du Québec de mettre sur pied un système par lequel tous les timbres d'opiacés émis sur prescription devront être retournés à la pharmacie, une fois utilisés, pour s'assurer qu'ils ne soient pas éventuellement utilisés dans des circonstances d'abus ou pour le commerce. Ce système existe déjà dans d'autres provinces et dans certains états américains et le Québec pourrait s'en inspirer.

Suicide d'une étudiante en médecine

Une femme de 27 ans, portée disparue depuis deux jours, est retrouvée sans vie dans sa voiture. Malgré les manœuvres intensives de réanimation, son décès est constaté.

Les analyses toxicologiques révèlent une concentration extrêmement élevée d'hydromorphone, soit près de neuf fois le seuil létal. L'investigation permet au coroner de conclure que l'étudiante en médecine est décédée d'une combinaison d'hypothermie et d'encéphalopathie hypoxique secondaire à une intoxication à l'hydromorphone. Il s'agit d'un suicide.

Les antécédents psychiatriques de la jeune femme comportaient un trouble de la personnalité, des épisodes de dépression majeure ayant abouti à des gestes suicidaires, dont un par ingestion massive d'hydromorphone ainsi que l'utilisation de substances illicites. Elle avait bénéficié d'un suivi psychiatrique et avait été hospitalisée à au moins deux reprises.

Elle poursuivait malgré tout ses études en médecine et en était à sa troisième année de résidence en médecine interne. Ses proches sont d'avis que parmi les éléments pouvant expliquer son passage à l'acte figurent aussi les difficultés rencontrées dans les stages de sa résidence, imbriquées dans ses propres problèmes de santé mentale.

Pour la vie!

Le coroner recommande à la faculté de médecine :

- de poursuivre et d'intensifier ses efforts dans le but d'améliorer le soutien aux résidents qui vivent des difficultés durant leur formation;

- de mettre en place, à l'intention des membres du personnel qui traitent au quotidien avec les étudiants et résidents, une formation spécifique leur permettant de réagir de manière efficace, de détecter de façon précoce et de référer rapidement vers les ressources appropriées un étudiant présentant un problème de santé mentale;

- de poursuivre, dès l'arrivée d'une nouvelle cohorte d'étudiants en première année de médecine et tout au cours des études prédoctorales, ses efforts de sensibilisation aux difficultés inhérentes aux études médicales;

- de rappeler annuellement aux résidents, professeurs et superviseurs de stage ce que sont le harcèlement psychologique, l'intimidation et la stigmatisation ainsi que les moyens pour en éviter la survenue.

Il recommande à la Fédération des médecins résidents du Québec :

- de poursuivre ses efforts auprès de ses membres pour les soutenir dans leurs difficultés, en particulier dans tout ce qui a trait à la stigmatisation, avérée ou appréhendée.

Enfin, il recommande au Bureau d'aide aux étudiants et résidents de la faculté de médecine de diffuser de façon régulière des mises en garde contre la pratique de l'automédication et l'utilisation de substances illicites pour soulager un problème qui apparaît pendant les études ou en cours de stage.

Pour la vie !

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
2013	3	3
2014	5	36
2015	4	4
TOTAL	**43**	**106**

En 2015, la coroner en chef a ordonné quatre enquêtes publiques. Ces quatre enquêtes étaient en cours au 31 décembre 2015. Deux autres enquêtes, ordonnées en 2013 et 2014, ont été conclues en 2015. Par ailleurs, deux enquêtes ordonnées en 2014 étaient toujours en cours au 31 décembre 2015.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2015

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Magloire, Alain Décès lors d'une intervention policière 2014-02-03	2014-02-24	Me Jean-Luc Malouin	Centre de services judiciaires Gouin Montréal
Turnbull-Charbonneau, Yann Accident de la route 2013-09-03	2014-04-24	Me Andrée Kronström	Palais de justice de Québec
Poisson, Ginette Asphyxie par pendaison 2013-10-05	2015-03-25	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Trois-Rivières
Langlois, Angèle Rupture de l'artère vertébrale après des manipulations chez un naturopathe 2014-11-19	2015-09-23	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Sherbrooke
Duval, Réal Accident de la route 2014-06-13	2015-12-10	Me Jean-Luc Malouin	Palais de justice de Shawinigan
Samson, Stéphane Défenestration 2013-03-29	2015-12-10	Me Andrée Kronström	Palais de justice de Longueuil

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE DÉPOSÉS EN 2015

Sécurité des atténuateurs d'impact

Un homme de 50 ans est blessé mortellement lorsque cinq cellules d'un atténuateur d'impact, projetées lors d'une collision avec un véhicule lourd, tombent sur le toit de son véhicule.

Il ressort de l'enquête que l'homme circule au volant de son automobile en direction est sur la voie de gauche d'une autoroute. La chaussée est mouillée en raison des précipitations de neige fondante, mais les témoins disent qu'elle n'est pas glissante. Le véhicule lourd circule devant celui de l'homme et heurte de plein fouet un atténuateur d'impact composé de neuf cellules reliées par un câble d'acier. Après l'impact, des secours sont dépêchés sur place. Les ambulanciers constatent l'absence de signes vitaux du conducteur et son décès est formellement constaté après la manœuvre de désincarcération.

Le coroner enquêteur note que la fatigue du chauffeur du véhicule lourd a joué un rôle majeur dans cet accident routier, mais porte aussi son attention sur les atténuateurs d'impact dont la conception et l'installation sont soumises à des normes canadiennes et québécoises qui reprennent essentiellement les normes américaines.

Le dispositif qui se trouve sur l'autoroute est conçu pour amortir un choc causé par un véhicule dont la masse est de 800 à 2000 kg et qui le heurte à une vitesse maximale de

100 km/h. Si un véhicule de 25 000 kg le frappe de plein fouet, l'atténuateur n'aura plus de résistance à l'impact et pourra être projeté de façon tout à fait aléatoire. Il ressort de l'enquête qu'aucun décès antérieur de cette nature n'a été recensé au Québec et qu'il ne semble pas y avoir de cas similaire au Canada selon la preuve entendue.

Le coroner conclut à un décès accidentel par traumatisme craniocérébral.

Incendie mortel à L'Isle-Verte

Trente-deux personnes perdent la vie lors de l'incendie d'une résidence pour personnes âgées de la municipalité de L'Isle-Verte dans le Bas-Saint-Laurent.

Selon le coroner, il faut améliorer les règles de sécurité dans les résidences pour personnes âgées afin d'éviter des drames semblables. L'amélioration passe par une combinaison de facteurs, à savoir :

— des bâtiments de qualité et conformes aux lois et aux règlements actuels en cette matière;
— la détection rapide d'un début d'incendie;
— des détecteurs de fumée audibles et visibles tant par le résident que par le personnel et reliés à une centrale d'alarme;
— des détecteurs de chaleur également reliés à une centrale d'alarme;
— un système d'alarme relié au réseau 911 de la région;
— des gicleurs automatiques;
— un personnel formé et en nombre suffisant;
— une intervention rapide du service de sécurité incendie formé suivant un plan d'intervention bien préparé ainsi que la tenue d'exercices d'évacuation avec le personnel;
— une force de frappe adéquate dans un délai raisonnable nécessitant un regroupement des forces, particulièrement en milieu rural;
— un accès immédiat à l'immeuble par les pompiers.

Dans le but d'accroître l'efficacité et la synergie des mesures de sécurité incendie et de mieux protéger les citoyens, le coroner recommande :

- que le ministère de la Sécurité publique, conjointement avec le ministère des Affaires municipales et de l'Occupation du territoire, incite les autorités en milieux urbain et rural à procéder au regroupement des services de sécurité incendie en vue d'une action simultanée sous une même direction;
- que le ministère de la Sécurité publique exige des autorités municipales responsables des schémas de couverture de risques qu'ils soient révisés à intervalles réguliers et qu'un rapport de révision lui soit transmis, comme le prévoit la loi;
- au ministère de la Sécurité publique, que l'article 11 du Règlement sur les conditions pour exercer au sein d'un service de sécurité incendie municipal (clause « grand père ») soit déclaré nul et sans effet 24 mois après le dépôt du présent rapport;

- à la Régie du bâtiment du Québec, que l'obligation d'installer des gicleurs automatiques s'applique à tous les bâtiments certifiés, anciens et nouveaux, qu'ils soient situés en milieu rural ou urbain (pour le détail de la recommandation, voir la version intégrale du rapport);
- au Centre d'appel d'urgence des régions de l'Est du Québec (CAUREQ) et aux centres d'appels d'urgence du Québec, que, dès qu'un signal d'incendie est transmis à une centrale d'alarme ou au CAUREQ, au moins une équipe complète d'intervention se rende immédiatement sur les lieux;
- que l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, dans son rôle de certification :
  - exige, avant toute reconnaissance de sa part, un certificat délivré par un architecte spécifiant que tel immeuble est conforme aux lois et aux règlements en vigueur régissant tel établissement pour l'usage auquel il est destiné;
  - exige un tel certificat lors de chaque renouvellement, soit aux trois ans, combiné à un examen de l'autonomie des résidents à cette date par un personnel compétent, s'assurant ainsi qu'il n'y a pas de modification dans l'utilisation du bâtiment;
  - obtienne la confirmation du directeur du service de sécurité incendie de la localité qu'un plan d'intervention a été établi pour l'immeuble et que des exercices d'évacuation sont réalisés avec les préposés aux bénéficiaires;
  - établisse des normes qui sont conformes à la réalité pour ce qui est du personnel de jour et de nuit;
  - exige la confirmation par le propriétaire de la formation suivie par ses préposés en matière de sécurité incendie et d'évacuation.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de faire ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroner sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, « le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans un rapport d'investigation ».

En 2015, les coroners ont déposé 217 rapports comportant un total de 294 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Cependant, la plupart des recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Internet du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2015

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	156	53,0
Cause naturelle	69	23,5
Suicide	67	22,8
Homicide	2	0,7
Décès traumatique d'intention indéterminée	0	0,0
Total	**294**	

Pour la vie !

LE BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

FICHIER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, la personne qui agit pour le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages suivantes présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2012 et 2013, en le comparant à la moyenne des années 2007-2011.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10e Classification internationale des maladies.

DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroner prennent plusieurs mois avant d'être transmis à la coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, la coroner en chef dispose toutefois d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2012, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 2 FÉVRIER 2016

4464 décès

- 4449 rapports déposés (99,7 %)
- 15 rapports à venir (0,3 %)

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2013, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 2 FÉVRIER 2016

4 418 décès

- 4338 rapports déposés (98,2 %)
- 80 rapports à venir (1,8 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Occupant d'une automobile	316	252	-20,3	216
Piéton	83	65	-21,7	69
Motocycliste	56	48	-14,3	50
Occupant d'un VTT	27	29	7,4	28
Cycliste	22	15	-31,8	27
Motoneigiste	24	24	0,0	25
Occupant d'une camionnette	24	27	12,5	21
Occupant d'un camion lourd	9	9	0,0	13
Occupant d'un véhicule de construction	2	2	0,0	3
Occupant d'un véhicule industriel	2	2	0,0	2
Occupant d'un véhicule à trois roues	0	4		1
Occupant d'un véhicule agricole	6	9	50,0	1
Occupant d'un autobus	2	3	50,0	0
Autre	2	0	-100,0	2
En cours	0	2		9
Total	**575**	**491**	**-14,6**	**467**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Événements entraînant la noyade et la submersion	19	18	-5,3	19
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	5	2	-60,0	4
Total	**24**	**20**	**-16,7**	**23**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Total	**14**	**10**	**-28,6**	**4**

Pour la vie !

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

CAUSE DE DÉCÈS	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Chute	182	320	75,8	350
Intoxication	214	250	16,8	264
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	38	25	-34,2	99
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	64	86	34,4	78
Noyade*	56	54	-3,6	44
Exposition aux forces de la nature	28	17	-39,3	31
Complications de soins médicaux	18	27	50,0	22
Heurts par ou contre un objet	17	16	-5,9	19
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	17	9	-47,1	13
Compression entre des objets	3	5	66,7	5
Exposition au courant électrique	6	7	16,7	5
Contact avec de l'eau chaude	3	0	-100,0	3
Explosion	3	5	66,7	3
Décharge d'arme à feu	4	2	-50,0	1
Autre	17	25	47,1	15
En cours		4		20
Total	**669**	**852**	**27,4**	**972**

* Décès associés au transport par eau exclus.

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Pendaison et strangulation	584	600	2,7	592
Intoxication à des substances liquides ou solides	185	185	0,0	159
Décharge d'arme à feu	137	118	-13,9	119
Précipitation dans le vide	47	41	-12,8	53
Intoxication à un gaz	55	40	-27,3	43
Noyade	39	44	12,8	39
Utilisation d'un objet tranchant	27	31	14,8	36
Collision d'un véhicule à moteur	33	41	24,2	29
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	8	10	25,0	14
Autre	6	8	33,3	9
En cours	6	59		146
Total	**1127**	**1177**	**4,4**	**1239**

Pour la vie!

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Agression par arme à feu	27	34	25,9	26
Agression par objet tranchant	28	23	-17,9	19
Agression par objet contondant	10	9	-10,0	9
Agression par strangulation	9	10	11,1	7
Bagarre, rixe (sans arme)	5	10	100,0	2
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	2	7	250,0	0
Autre	8	9	12,5	2
En cours	0	3		0
Total	**89**	**105**	**18,0**	**65**

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée*

	MOYENNE 2007-2011	NOMBRE 2012	% VARIATION 2012 / 2007-2011	NOMBRE 2013
Intoxication	40	64	60	45
Pendaison	4	0	-100	6
Chute	3	6	100	3
Noyade	7	5	-29	3
Collision d'un véhicule à moteur	4	2	-50	2
Autre	9	6	-33	6
En cours	3	0	-100	13
Total	**70**	**83**	**19**	**78**

* L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.